



## СОДЕРЖАНИЕ

Краткие сведения об анатомии лицевого нерва .....	4
Исследование функций лицевого нерва.....	7
Нарушения функций лицевого нерва.....	9
Невропатия лицевого нерва (синдром Белла).....	13
Невропатии лицевого нерва при инфекционных заболеваниях.....	34
Невропатии лицевого нерва при воспалительных заболеваниях уха .....	39
Невропатии лицевого нерва при демиелинизирующих заболеваниях .....	41
Невропатии лицевого нерва при черепно-мозговой травме .....	43
Невропатии лицевого нерва при нарушениях мозгового кровообращения... ..	45
Невропатии лицевого нерва при болезнях соединительной ткани, васкулитах и гранулематозах .....	46
Невропатии лицевого нерва при опухолях головного мозга .....	52
Невропатии лицевого нерва при синдромах врожденных пороков развития и наследственных болезнях .....	54
Дисметаболические невропатии лицевого нерва .....	60
Невропатии лицевого нерва при порфириях.....	61
Невропатии лицевого нерва при экзогенных интоксикациях .....	62
Ятрогенные повреждения лицевого нерва.....	64
Синдром Россоломо—Мелькерссона—Розенталя .....	65
Лицевой гемиспазм.....	69
Невропатии лицевого нерва, обусловленные другими причинами .....	72
Литература .....	77



## ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Выявление асимметрии лица: больного просят поднять брови, нахмурить их; крепко зажмурить глаза; показать зубы; надуть щеки. Для выявления пареза мимических мышц (прозопареза) проводят следующие исследования:

- ✓ исследование симптома ресниц: больного просят как можно сильнее зажмурить глаза; на стороне, где функции лицевого нерва нарушены, ресницы выступают из кожной складки века в большей степени;
- ✓ исследование симптома мигания: на стороне прозопареза глаз мигает медленнее и реже; мигание асинхронно;
- ✓ тест на раздельное зажмуривание: больной не может отдельно зажмурить глаз на стороне пареза (симптом Ревийо);
- ✓ исследование симптома надутых щек: больного просят надуть щеки; при одновременном толчкообразном сдавлении щек на стороне прозопареза воздух вырывается через угол рта;
- ✓ исследование симптома Негро: больного просят посмотреть вверх; на стороне прозопареза глазное яблоко поднимается выше, между веком и роговицей образуется более широкая полоса склеры;
- ✓ исследование симптома «крокодиловых слез» (симптом Богда): спонтанное слезотечение во время еды, сильнее выраженное на стороне прозопареза;
- ✓ исследование пальпобромандибулярной синкинезии: при зажмуривании глаз поднимается угол рта на стороне прозопареза;
- ✓ исследование мигательно-жевательного синдрома: сидящего с открытыми глазами больного просят производить жевательные движения, которые при положительном симптоме сопровождаются закрытием глаз.



## НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

В табл. 1 перечислены основные симптомы и причины нарушений функций лицевого нерва.

**Таблица 1.** Диагностика при нарушениях функций лицевого нерва

Симптомы	Топический диагноз
Оба глаза полностью закрываются, движения бровей сохранены. Надбровный рефлекс с обеих сторон равномерен. Носогубная складка на стороне пареза сглажена, угол рта опущен	Центральный паралич (парез) мимических мышц (надъядерный процесс)
При попытке закрыть глаза на стороне пареза глаз не закрывается, глазное яблоко закатывается вверх и слегка кнаружи, в несомкнутой глазной щели видна белочная оболочка (симптом Белла). Движения брови (поднять, нахмурить) невозможны. Носогубная складка на стороне паралича сглажена, угол рта опущен. Снижение вкусовых ощущений на передних 2/3 языка. Сухость глаза (ксерофтальмия)	Периферический паралич (парез) мимических мышц



## НЕВРОПАТИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА (СИНДРОМ БЕЛЛА)

Невропатии лицевого нерва, вызывающие односторонний периферический парез лицевой мускулатуры, занимают 2-е место по распространенности среди заболеваний периферической нервной системы и 1-е место среди невропатий черепных нервов. Примерно  $\frac{3}{4}$  невропатий лицевого нерва приходится на идиопатическую невропатию (паралич Белла). Заболеваемость составляет 15–30 случаев на 100 000 населения. Мужчины и женщины заболевают одинаково часто; пик заболеваемости приходится на средний возраст; правосторонняя локализация прозопареза наблюдается в 63 % случаев.

В этиологии заболевания основную роль играет охлаждение тела, особенно головы. Предполагается, что роль возбудителя может играть вирус простого герпеса 1-го типа и вирус опоясывающего герпеса, которые в латентном состоянии локализуется в узле колленца. Характерно острое развитие заболевания — в течение 1 дня или даже нескольких часов. Часто слабость мышц выявляется утром при пробуждении. Парез охватывает все мимические мышцы половины лица. Степень пареза различна и далеко не всегда достигает пlegии.

Развитие невропатии лицевого нерва обусловлено тем, что охлаждение, являющееся аллергическим фактором, вызывает в стволе нерва сосудистые расстройства (спазм, ишемию, отек), нарушающие его питание и функции. Имеет значение также аномалия развития — врожденная узость канала лицевого нерва. Среди больных идиопатической невропатией лицевого нерва большинство (до 66 %) составляют лица с сахарным диабетом или нарушением толерантности к глюкозе.

В отличие от паралича Белла симптоматические невропатии лицевого нерва наблюдаются при различных инфекционных заболеваниях, отравлениях, воспалительных, демиелинизирующих, опухолевых про-



## НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Синдром узла колена (синдром Рамзая Ханта).** Другие названия данного синдрома — ганглионит узла колена, невралгия узла колена. Заболевание вызывается активацией персистирующего в организме вируса *varicella-zoster*.

Заболевание может протекать в легкой, выраженной и тяжелой формах. В большинстве случаев во время инкубационного периода больные испытывают чувство жжения в области последующего высыпания везикул. Особенно характерным признаком является периодическая либо постоянная боль невралгического характера, локализующаяся глубоко в ухе, которая нередко распространяется на затылок, лицо и шею и, как правило, прекращается после высыпаний. Продолжительность боли — от 1 до 14 дней.

Одной из особенностей синдрома являются высыпания, которые определяются областью иннервации узла колена (барабанная полость, барабанная перепонка, наружный слуховой проход, ушная раковина, козелок, противокозелок, а также область слуховой трубы, язычок, мягкое нёбо, миндалины, нередко также лицо и волосистая часть головы). Поскольку рядом с узлом колена проходят двигательные волокна лицевого нерва, синдром включает и симптомы, связанные с нарушением иннервации лицевой мускулатуры. Невропатия лицевого нерва может развиваться либо одновременно с болевым синдромом, либо спустя 1–10 дней.

Кроме нарушения вкуса в области передних  $\frac{2}{3}$  языка у больных отмечается гиперестезия, а в дальнейшем — гипестезия в области наружного слухового прохода, передней трети языка и даже всей половины лица. Иногда наблюдается снижение слуха, звон в ушах, горизонтальный нистагм и головокружение.



## НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ УХА

Невропатия лицевого нерва наблюдается в 2–3 % случаев воспаления среднего уха.

Наиболее частой причиной паралича лицевой мускулатуры при остром среднем отите бывает отек рыхлой соединительной ткани, окружающей нерв, и последующее сдавление его в костном канале.

Прозопарез при хроническом гнойном среднем отите является следствием перехода воспалительного процесса на стенки канала лицевого нерва.

Отогенные невропатии лицевого нерва, как правило, протекают тяжело. Неблагоприятный прогноз наблюдается примерно в половине случаев. Часто на фоне остаточного прозопареза различной степени выраженности развиваются контрактуры лицевых мышц, сопровождающиеся патологическими синкинезиями и гиперкинезами.

**Мастоидит** — воспаление ячеек сосцевидного отростка, костных перекладин между ними и, иногда, компактного вещества. Мастоидит — основное осложнение гнойного воспаления среднего уха. Началом мастоидита считается вовлечение в воспалительный процесс костной ткани отростка и нарушение его структуры. Определенное влияние на распространение гнойного процесса в сосцевидном отростке оказывает степень пневматизации височной кости. В хорошо пневматизированном отростке тонкие костные перекладины между ячейками обычно легко разрушаются под воздействием гнойного процесса, и гной нередко прорывается под надкостницу (субпериостальный абсцесс). Иногда мастоидит развивается без предшествующего заболевания барабанной полости. Это наблюдается при травмах сосцевидного отростка. В редких случаях инфекция проникает в сосцевидный отросток гематогенным путем (сепсис, сифилис, туберкулез).



## НЕВРОПАТИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПРИ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Рассеянный склероз** — хроническое прогрессирующее заболевание, для которого характерно образование множественных рассеянных очагов демиелинизации в головном и спинном мозге. В ряде случаев заболевание проявляется невропатией черепных нервов, причем особенно часто в патологический процесс вовлекается зрительный нерв, в результате чего отмечаются ретробульбарный неврит и скотомы; реже вовлекается отводящий нерв, еще реже — глазодвигательный, что проявляется диплопией. В начале заболевания возможно поражение лицевого нерва.

Острое развитие невропатии лицевого нерва наблюдается в 4–19 % случаев. Очаг демиелинизации чаще локализуется во внутреннем колене лицевого нерва. У большинства больных отмечают спонтанное и полное функциональное восстановление.

**Синдром Гийена—Барре** — острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия аутоиммунной этиологии, характеризующаяся периферическими параличами и, в большинстве случаев, белково-клеточной диссоциацией в цереброспинальной жидкости. Невропатии черепных нервов выявляют у большинства больных. Как правило, наблюдают невропатии лицевого (в 60 % случаев, двусторонние — в 12 % случаев), языкоглоточного и блуждающего нервов, что проявляется парезом лицевой мускулатуры и бульбарными нарушениями. Примерно у 5 % пациентов болезнь начинается с вовлечения краνιαльной мускулатуры, но затем в подавляющем большинстве случаев процесс распространяется и на мышцы конечностей. При электронейромиографии выявляется снижение амплитуды М-ответа при наличии признаков демиелинизации нервных волокон (снижение скорости проведения по двигательным нервам более чем на 10 %, удлинение дистальной латенции или латенции F-волны, снижение скорости проведения по сенсорным волокнам, частичные блоки проведения).